FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PARAPLÉGIE PRÉCOCE

D'origine syphilitique.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Juin 1887

PAR

ABEL-HENRI PROUX

ANCIEN INTERNE A L'HÔPITAL SAINT-JEAN DE BORDEAUX

Né à Lochy (Cher), le 18 mai 1861.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT, Professeur, *Président.*
BADAL, Professeur
ARTIGALAS, Agrégé
LANDE, Agrégé
Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, place Pey-Berland.

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PARAPLÉGIE PRÉCOCE

D'origine syphilitique.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Juin 1887

PAR

ABEL-HENRI PROUX

ANCIEN INTERNE A L'HÔPITAL SAINT-JEAN DE BORDEAUX

Né à Lochy (Cher), le 18 mai 1861.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE { MM. PICOT, Professeur, *Président*. / BADAL, Professeur / ARTIGALAS, Agrégé / LANDE, Agrégé } *Juges*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU CENTRE, 20, place Pey-Berland.

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M PITRES..... Doyen | M. DENUCÉ..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

M. DENUCÉ.....
M. BITOT..... } Professeurs honoraires.
M. MICÉ.....

	MESSIEURS
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générales	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSÉ.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirugicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	LANDE. ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	DUDON. BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie.... M. PLANTEAU. M. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf..... MM. NÉGRIÉ . | Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Clinique chir. des enf..... BITOT. | Maladies mentales ..... N....

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

TÉMOIGNAGE DE MA PROFONDE AFFECTION

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MON COUSIN LUC MONTIGNY

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

Professeur de Clinique médicale.

Officier de l'Instruction publique.

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

A MES MAITRES A L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR VÉNOT

Chargé du cours des maladies vénériennes.

HOMMAGE DE MON RESPECTUEUX DÉVOUEMENT

INTRODUCTION

A une époque très rapprochée de l'accident primitif, la syphilis peut porter son action sur les centres nerveux et y déterminer des troubles, dont la physionomie toute particulière a fixé, depuis quelques années, l'attention des syphiligraphes.

Les auteurs qui ont analysé et décrit la syphilose précoce des centres nerveux, ont principalement étudié la localisation de la diathèse sur le cerveau, en raison peut-être de la prédilection qu'elle semble marquer pour cet organe. Nous négligerons donc à dessein cet important chapitre de la question, et nous restreindrons le cadre de nos travaux à l'étude de la myélite syphilitique précoce moins connue, moins fouillée, et de son symptôme principal, la paraplégie.

Nous publions plusieurs observations fort nettes de paraplégie précoce syphilitique, dont deux absoluments inédites sont dûes à l'extrême bienveillance de notre excellent maître, M. le Dr Vénot et présentent un intérêt remarquable. Aux caractères communs à toute

paraplégie, la paraplégie syphilitique joint des caractères spéciaux que nous essayerons de mettre en lumière en nous appuyant sur les documents fournis par nos observations.

Après un rapide aperçu historique, nous publierons, dans une première partie nos observations, et nous rechercherons les causes possibles de la localisation de la syphilis sur la moelle.

L'étude anatomo-pathologique des lésions de la moelle fera l'objet de la seconde partie.

Dans une troisième partie, nous exposerons, avec les caractères communs à toute paraplégie, les symptômes spéciaux signalés dans nos observations.

Dans une quatrième et dernière partie, nous traiterons du diagnostic, du pronostic et du traitement.

C'est à notre chef de service, M le Dr Vénot, que nons devons l'inspiration de ce travail. Qu'il nous soit permis d'affirmer à ce savant maître toute notre gratitude pour la bienveillance et l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant notre internat à l'hôpital St-Jean.

Nous exprimons également toute notre reconnaissance à M. le professeur Picot, dont les savantes cliniques ont contribué, dans une large mesure, à développer notre instruction médicale, et nous le remercions d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Nous sommes heureux aussi d'exprimer à M. le professeur Lanelongue, notre maître à l'Hôpital Saint-André, toute notre gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PARAPLÉGIE PRÉCOCE

D'origine syphilitique.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La pathologie syphilitique des centres nerveux ne fut guère étudiée et mise en lumière qu'à partir du XIXe siècle.

Toutefois dans le XVIe siècle, Ulrich de Hutten, le premier, mentionne dans ses œuvres des accidents de paralysie produits par l'action directe de la diathèse syphilitique.

Un peu plus tard, A. Paré signale les accidents syphilitiques du système nerveux : « Vérole est maladie causée par attouchements..... infectant aussi les parties internes avec douleurs nocturnes

extrêmes à la teste; aucuns perdent l'ouïe, autres ont la bouche torse comme renieurs de Dieu, autres demeurent en une contraction de tous leurs membres, de manière qu'il ne leur reste que la parole, qui est le plus souvent en criant et en lamentant, maudissant l'heure qu'ils ont ésté engendrez ; aucuns sont vexés d'epilepsie, et pour le dire en un mot on peut voir la vérole compliquée de toutes les espèces et différences de maladies.»

Cirillo, en 1776, donna l'observation de deux paraplégies d'origine syphilitique guéries rapidement par les frictions mercurielles.

Qnelques années auparavant, Home, Lalouette, Boerrhavë, Laubius, Hieronimus, avaient rapporté plusieurs cas de paralysie syphilitique.

Vers la même époque, Hunter émet quelques doutes sur l'infection des centres nerveux par la syphilis, et ses disciples, exagérant sa doctrine, nient la syphilis viscérale.

1819. — Houstet, *Mémoires de l'Académie de Médecine*. Observation sur une paraplégie d'origine syphilitique. Paraplégie et ambliopie; tumeurs gommeuses. Guérison par les frictions mercurielles et les gouttes du général Lamothe.

1858. — Allain, *Moniteur des Hôpitaux*, 11 septembre. Observation de paraplégie avec tremblement des membres supérieurs.

1860. — Lagneau, *Des Maladies du système nerveux*, Deux observations d'amaurose, l'une d'elles commençant à se compliquer de paraplégie. Deux observations de paraplégie.

1861, — Ladreit de Lacharrière, *Des Paralysies syphilitiques*. Deux observations de paraplégie ancienne. Deux observations de paraplégie précoce.

1861. — Gros et Lancereaux, *Des Affections nerveuses syphilitiques*, rapportent dans leur traité, 16 observations de paraplégie guérie par le traitement spécifique.

Citons pour mémoire Zambaco (1) 1861, Charcot et Gombault (2), Viallé (3), Jullien (4), qui ont amassé de nombreux faits éclairant d'un jour nouveau la syphilose des centres nerveux.

Enfin, Mauriac fit paraître en 1874 et 1875, dans les annales de dermatologie et de syphiligraphie, un important Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux : « A une époque rapprochée du chancre infectant, écrit-il, et en même temps que se développent les manifestations cutanées et muqueuses propres aux premières poussées de la syphilis, il peut survenir des accidents qui se rattachent à une détermination de la maladie sur les principaux viscères de l'organisme.» Plus loin, avec toute l'autorité de sa haute expérience, il fait justice des errements de l'école de Hunter sur la chronologie et la topographie des accidents syphilitiques :

« J'ai réagi contre cette manière de voir et j'ai essayé de prouver cliniquement que l'infection de l'économie par le poison morbide, était générale et simultanée dès le début de la maladie constitutionnelle ; qu'aucun tissu, aucun organe, aucun système ne possédait à telle ou telle phase du processus, l'espèce d'immunité que lui ont conférée des doctrines trop exclusives. » (Mauriac, ann. de dermatologie et de syphiligraphie).

Il signale la rareté relative des affections de la moëlle et donne une description fort complète des différents accidents nerveux précoces d'origine syphilitique.

Avant d'entreprendre l'étude clinique de l'affection, nous pensons qu'il est opportun de produire les observations suivantes, qui nous permettront de dégager, de la symptomatologie si com-

(1) Zambaco : *Des affections nerveuses sypyilitiques,* Paris, 1862.
(2) Charcot et Gombault : *Syphilis des centres nerveux,* Arch. de physiologie, 1873
(3) Viallé : *Paraplégie syphilitique,* Thèse, Paris 1875.
(4) Jullien : *Etiologie de la syphilis tertiaire.*

plexe des paraplégies, certains faits particuliers se rapportant à la paraplégie syphilitique précoce et d'édifier notre travail, non sur des vues hypothétiques, mais sur un ensemble de faits dont la connaissance présente une importance extrême au point de vue thérapeutique.

OBSERVATION I

Communiquée par M. le Dr Vénot, *chargé du cours des maladies vénériennes.*

8 septembre 1872. — M. R..., âgé de 64 ans, marin. Très solide constitution. Pas d'antécédents morbides d'aucun genre. Il présente à la verge trois chancres indurés : deux dans la rainure balano-préputiale, un sur le fourreau. Ils datent de quinze jours. Incubation dix-sept jours, Pas de traitement antérieur. Pansement avec de la poudre de calomel.

15 Septembre. — Chancres fortement indurés, rouges ; chapelet ganglionnaire très prononcé. Céphalalgie nocturne depuis deux jours, fièvre le soir. Traitement : sulfate de quinine, iodure de potassium. Même pansement.

22 septembre. — Même état local. Plus de fièvre ; céphalalgie très diminuée. Pâleur de la face. Le malade accuse une faiblesse générale. Pansement avec tartrate ferrico-potassique ; iodure de potassium à l'intérieur.

4 octobre. — Les chancres sont presque cicatrisés. Forte induration non persistante. Gros ganglions très durs. L'état général est un peu amélioré.

6 octobre. — Apparition de quelques points rouges disséminés sur le ventre, les cuisses et les épaules.

10 octobre. — Eruption assez confluente d'ecthyma. Quelques pustules qui pointaient le 6, sont déjà ulcérées. L'état général est mauvais. Fièvre le soir, inappétence. Vin de quinquina, fer, iodure de potassium.

15 Octobre. — Ulcérations nombreuses et profondes. Le matin R... se réveille d'un court sommeil, ne pouvant qu'à grand'peine remuer les membres inférieurs ; la sensibilité est fortement émoussée des deux côtés. R... n'accuse pas de douleurs des lombes. Il urine goutte à goutte, il va à la selle sans difficulté. Frictions d'onguent napolitain sur le rachis et les membres inférieurs ; liqueur de Van Swieten, 2 cuillerées. Fer et quiquina.

16 Octobre. — La paraplégie est complète ; le malade n'urine plus qu'avec la sonde.

17, 18, 19. 20 octobre. — Même état, même traitement. Les ulcérations sont pansées avec du vin aromatique.

25 octobre. — R... ne peut se tenir sur ses pieds, s'il n'est soutenu. Il peut uriner, quoique très difficilement, sans la sonde. Même traitement.

Du 26 octobre au 5 novembre. — La situation va en s'améliorant ; ce jour-là, R... fait quelques pas dans sa chambre avec une canne ; la sensibilité cutanée est encore très amoindrie. Il urine mieux. Même traitement.

14 novembre. — R... peut sortir. Il ne sent plus qu'un peu d'engourdissement dans les deux membres inférieurs. La sensibilité est revenue. Les ulcérations ecthymateuses sont en voie de guérison. L'état général est assez satisfaisant. Même traitement.

28 novembre. — Plus trace de paraplégie. Encore quelques ulcérations non cicatrisées. — Sirop de Gibert, deux cuillerées par jour.

22 décembre. — Nouvelle poussée d'ecthyma s'ulcérant rapidement vers le 24 décembre. Le traitement, qui n'a pas été arrêté, est continué avec la liqueur de Van Swieten.

26 décembre. — Accidents paralytiques *ut supra*. Ils présentent les mêmes caractères et la même marche que la première fois ; ils persistent jusqu'au 19 janvier. Ils commencent alors à diminuer d'intensité.

31 janvier 1887. — R... est en bon état. Il peut marcher, il urine bien. Les accidents cutanés ont à peu près disparu. Iodure de potassium, 5 gr. par jour, pendant un mois et repris après 15 jours de repos.

Il ne reparaît plus d'accidents syphilitiques jusqu'au mois de juillet.

12 juillet. — Iritis de l'œil gauche. Onguent napolitain, liqueur de Van Swieten, atropine, purgatifs salins.

20 juillet. — Amélioratien de l'iritis. Même traitement. Purgatif salin.

30 juillet. — Œil gauche en bon état. Rien du côté des membres inférieurs. Iodure de potassium, 4 grammes par jour.

Le 11 décembre, R... en parfait état de santé au point de vue de la syphilis, prend une pneumonie double, dans un voyage et meurt le 17.

OBSERVATION II

Communiquée par M. le Dr Vénot.

4 février 1879. — M..., 31 ans, voyageur de commerce. Quelques antécédents rhumatismaux, habitudes alcooliques ; deux chancres indurés du reflet préputial, symétriquement placés : l'un, à gauche ; l'autre à droite. Ils datent de neuf jours. Incubation, treize jours. M... a déjà pris des pilules de Ricord depuis cinq jours. Traitement interne continué, pansement avec calomel.

10 février. — Même état des chancres ; chaîne ganglionnaire double très manifeste.

20 février. — Chancres cicatrisés. Indurations persistantes. Même traitement.

2 mars. — Apparition sur le thorax et les flancs de papules nombreuses.

6 mars. — Papules larges et fortement colorées ; éruption sur le front, dans le sillon naso-labial de papules géantes dont quelques-unes s'excorient. Acné capitis confluente. L'état général est mauvais. Liqueur de Van Swieten, tartrate ferrico-potassique à l'intérieur. Bains d'amidon. Rien à noter jusqu'au 14 avril. Les accidents sont tenaces et ne se modifient guère. Traitement continué. Ce jour-là, M... éprouve une sensation douloureuse dans les lombes, quelques irradiations douloureuses dans la fesse et la cuisse gauches.

20 avril. — Fourmillements dans les pieds, inconscience du contact du sol, mouvements maladroits et difficiles, surtout à gauche. M... urine

assez bien. Constipation. Aloès, liqueur de Van Swieten continuée. Frictions à l'intérieur des cuisses avec onguent napolitain.

21 avril. — Phénomènes plus accentués. M... urine goutte à goutte. Cathétérisme.

22 avril. — Paraplégie complète. Sensibilité très affaiblie à gauche, presque intacte à droite. Constipation, stomatite. Suspension des mercuriaux.

Même état jusqu'au 2 juin ; à ce moment, M..., qui cependant urine à peu près bien depuis quelques jours, peut à peine se tenir sur ses pieds. Le traitement a été repris aussitôt que possible.

Jusqu'au 20 juin, amélioration graduelle ; M... peut alors sortir et marcher en donnant le bras à un aide. La jambe gauche traîne encore. Iodure de potassium, 4 grammes par jour.

2 juillet. — M... ne présente plus trace de paraplégie. Les accidents cutanés ont à peu près disparu. Je le perds de vue à ce moment.

OBSERVATION III *(Résumée)*.

Par le Dr Alfred Fournier. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1884.*

La nommée V....., âgée de 21 ans, brodeuse, entre le 26 mars 1879, à l'hôpital Saint-Louis.

Femme blonde, grande, robuste. Excellente santé habituelle. Pas de grossesse. Pas d'antécédents hystériques ou nerveux. Pas de prédisposition héréditaire aux accidents nerveux.

Syphilis en 1876. — Chancre induré de la grande lèvre gauche. Syphilides cutanées et muqueuses de forme secondaire. — A cette époque, traitement, dont la malade ne peut préciser la nature, mais qui, en tous cas, n'a été suivi que pendant quelques mois, d'une façon très irrégulière. Depuis lors, aucun accident de même genre.

Il persiste encore aujourd'hui sur la peau plusieurs cicatrices, qui sont les stigmates manifestes des syphilides accusées par la malade.

En 1877, cette femme a été prise, sans causes appréciables, d'une *faiblesse progressive de la jambe gauche.* Ce symptôme, raconte-t-elle, s'accrut rapidement, au point qu'en quelques jours, la jambe devint presque inerte et « comme paralysée. » Bientôt après, la jambe droite se prit à son tour et de la même façon, mais à un degré moindre. — Marche devenue difficile, voire presque impossible. En même temps, douleurs diffuses dans les membres inférieurs. — Peut-être dès cette époque, (les souvenirs de la malade ne sont pas précis à cet égard) début des troubles urinaires actuels sous forme d'incontinence. — Du reste, santé générale toujours excellente.

La malade entre, pour ces divers symptômes, dans le service de M. le professeur Lasègue. Là, dit-elle, elle fut traitée pour une « *paraplégie spécifique.* » A ce moment elle était presque absolument impotente de ses membres inférieurs. Elle ne pouvait « imprimer le moindre mouvement à sa jambe gauche; » mais sa jambe droite, quoique très affaiblie, restait encore capable de quelques mouvements.

Traitement par l'iodure de potassium, 6 à 7 grammes par jour. Amélioration rapide. Après quelques semaines, la malade commence à se lever et à marcher. — Quelque temps après, elle quitte l'hôpital, malgré l'avis de M. Lasègue, ne conservant plus qu'un léger degré d'engourdissement dans les membres inférieurs.

Les choses restent en l'état pendant plusieurs mois.

Mais l'année suivante, il se fait une récidive des mêmes accidents. Derechef, faiblesse considérable des membres inférieurs, plus considérable même que dans la première attaque, avec douleurs vives dans les jambes. La démarche de la malade diffère absolument dans son allure de celle des ataxiques. Amélioration notable sous l'influence de l'iodure de potassium et des frictions mercurielles. La malade quitte l'hôpital en août 1878.

L'état de cette femme reste à peu près stationnaire jusqu'au 1er Mars 1879. Mais alors il se produit une récidive nouvelle des mêmes accidents, et la malade entre à l'hôpital St-Louis en Mars, avec les symptômes suivants.

Etat de paraplégie incomplète. Marche possible encore, mais mal assurée,

pénible, chancelante, ne pouvant se prolonger au delà de quelques minutes. La jambe gauche est notablement plus affaiblie que la droite. Elle est, de plus, amaigrie. Diverses altérations de la sensibilité.

Réflexes rotuliens diminués, surtout à droite.

Sensation continue de constriction périthoracique.

Depuis quelques jours, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Apophyses épineuses douloureuses à la pression dans presque toute la hauteur du rachis.

Troubles urinaires, constipation intense.

Traitement : frictions mercurielles. Iodure de potassium. Douches froides.

Amélioration assez rapide.

La malade quitte l'hôpital en Mai 1880 et revient de nouveau en Mai 1883 avec les symptômes classiques de l'ataxie.

OBSERVATION IV

(Tirée de la Thèse de Ladreit de Lacharrière. — Paris, 1861.)

G... (Joseph), 34 ans, employé, entré à l'hôpital Lariboisière le 14 août 1860, salle Saint-Landry, n° 6.

Ce malade a toujours eu jusqu'à présent une bonne santé ; il n'a pas d'antécédents scrofuleux et ne peut nous donner de renseignements sur la santé de ses parents, qui sont morts très âgés. Dans sa jeunesse, il a eu vers l'âge de dix ans, une attaque de rhumatisme, mais rien de semblable ne s'est manifesté depuis, bien qu'il ait travaillé dans un rez-de-chaussée humide.

Il menait du reste une vie assez régulière, ne faisant pas d'excès alcooliques ; mais il accuse quelques excès vénériens.

Il y a un an, au mois d'août, il contracte un chancre induré, placé près du frein de la verge, et qui fut bientôt suivi d'un bubon inguinal gauche non suppuré. Il laissa ces accidents sans traitement, et ce fut vers la troi-

sième semaine seulement qu'il commença le traitement mercuriel suivi sans interruption pendant trois mois. Dans cet intervalle, quelques nouveaux accidents se sont montrés : un peu d'angine, des douleurs rhumatoïdes nocturnes et une affection oculaire grave qui semble avoir été une iritis.

A la fin de janvier, six mois après l'apparition des accidents primitifs, G.. commence à ressentir des engourdissements et des fourmillements dans les membres inférieurs, en même temps qu'une sensation de fatigue et un refroidissement des extrémités

Ces divers symptômes ont été en augmentant jusqu'à l'époque actuelle, et n'ont jamais été accompagnés de douleurs dans la région lombaire, ni de douleurs en ceinture. Ces nouveaux symptômes n'ont pas été traités ; le malade a commencé pendant quelques jours un traitement ioduré, mais a été bientôt forcé de l'interrompre, à cause d'un mal de gorge et d'un enchifrènement assez intenses. Il a seulement pris, d'après les conseils de M. Cullerier, des pilules de sublimé, qui ont été continuées sans interruption depuis le mois d'avril jusqu'au moment de l'entrée.

Etat actuel (14 août 1860). Homme fort, vigoureusement constitué, notre malade présente les attributs d'un tempérament sanguin ; cheveux et barbe noire, face colorée, muscles bien developpés.

Il n'a pas de céphalalgie habituelle ni d'étourdissements ; l'intelligence est saine et parfaitement conservée ; les organes des sens sont intacts.

En explorant attentivement le rachis, nous n'avons pu découvrir aucun point qui fût le siège d'une douleur spontanée ou de sensibilité à la pression ; il n'y a pas non plus de douleurs en ceinture.

Les membres supérieurs ont conservé leurs mouvements ; les forces musculaires sont intactes et égales des deux côtés.

L'excitabilité électrique est diminuée, la sensibilité est un peu moindre qu'à l'état normal, et il y a un peu d'engourdissement au bout des doigts.

Aux membres inférieurs, les forces musculaires et l'action isolée de chaque muscle sont conservées, mais la coordination des mouvements manque. Le malade peut bien soulever la jambe, lorsqu'il est couché, mais ne peut le faire sans tremblement et oscillation du membre.

La marche, qui est incertaine et accompagnée d'hésitation, devient vacillante et impossible lorsque les yeux sont fermés.

L'excitabilité électrique est perdue complétement à gauche ; il y a encore un peu de contraction musculaire du côté droit.

La sensibilité est également modifiée, un peu diminuée ; le sol n'est pas bien senti sous les pieds, il semble au malade qu'il marche sur du coton.

Il y a eu, à plusieurs reprises, des douleurs assez vives dans les membres inférieurs ; ces douleurs n'ont pas le caractère nocturne.

Le tube digestif est en bon état, un peu de constipation habituelle.

Rien au cœur, ni dans les organes thoraciques ; pas de bruit de souffle vasculaire.

L'émission des urines est facile ; aucune rétention d'urine, pas de douleurs en urinant.

Il existe la trace d'un chancre à la partie inférieure de la verge, près du frein.

Il n'y a pas d'érections, ni de pollutions nocturnes ; elles étaient assez fréquentes antérieurement, au dire du malade.

Le 18 août, le malade est mis au traitement ioduré et prend par jour 0,50 gr. d'iodure de potassium. Les premiers jours le traitement est mal supporté ; on est obligé de donner des doses plus faibles : 0.20 au début, et on peut au bout de quinze jours, aller jusqu'à 0.70, puis à 1.50 au bout de vingt cinq jours. A la même époque ; on donne concurremment des bains sulfureux tous les deux jours.

Sous l'influence de ce traitement les forces sont revenues ; le malade marche beaucoup mieux, avec moins d'hésitation. Depuis le mois de septembre jusqu'au mois de janvier, le malade a pris et cessé plusieurs fois le traitement ioduré concurremment avec l'usage des bains sulfureux et de l'hydrothérapie.

Vers la fin de décembre, il marchait sans hésitation et pouvait aller seul aux bains, chose qu'il n'eut pas pu faire lors de son entrée ; il y avait seulement un peu de faiblesse dans la jambe gauche. Enfin la contractilité électrique avait reparu.

Sorti le 24 janvier.

OBSERVATION V

(*Thèse de* LADREIT DE LACHARRIÈRE.— Paris, 1861.)

M. A..., âgé de 33 ans, courtier de marchandises, est entré à l'hôpital Lariboisière, le 29 novembre 1860.

Cet homme, d'une constitution très-épuisée, n'a jamais eu de rhumatisme aigu; il dit seulement qu'il a ressenti plusieurs fois des douleurs vagues dans les membres. Son état l'oblige à marcher beaucoup et à se fatiguer. Il a fait des excès de femme et de boissons. Comme accidents syphilitiques, il a eu deux chancres avec adénopathie inguinale double, qui se sont cicatrisés sous l'influence seulement de lotions d'eau blanche.

Deux ou trois mois après, il s'aperçut qu'il avait sur le corps quelques boutons rouges, pour lesquels il fut consulter à l'hôpital St-Louis. On lui conseilla l'usage de la décoction de salsepareille et des pilules de proto-iodure d'hydrargyre. Il fit ce traitement pendant un mois tout en travaillant.

Vers le mois de septembre 1860, il commença à éprouver de violentes douleurs entre les deux épaules; elles revenaient la nuit, l'empêchaient de dormir, et les frictions ne le soulageaient pas. Il entra à l'hôtel-Dieu, et un vésicatoire suffit pour les faire disparaître. Il put reprendre ses travaux, et, pendant deux mois, il fut tout-à-fait bien. Mais, en novembre, il ressentit des douleurs de reins, des fourmillements dans les extrémités inférieures, et des soubresauts dans les jambes; ces accidents se manifestèrent surtout la nuit. La marche était plus difficile, il était vacillant et marchait un peu comme un homme ivre.

Cet homme ne portait aucune trace de manifestations syphilitiques; tout semblait localisé dans les membres inférieurs et dans la région lombo-sacrée, qui était douloureuse. Ventouses scarifiées, sangsues à l'anus, vésicatoires, enfin deux cautères à la région sacrée.

Aucune amélioration ne suivit cette médication énergique; les forces

diminuaient chaque jour et, au bout de quelque temps, le malade ne pouvait plus se tenir sur ses jambes.

La sensibilité était affaiblie sur les deux jambes, et surtout sur le mollet gauche; elle était complètement perdue aux pieds et aux orteils, le malade ne les sentait pas remuer; quand il mettait le pied par terre, il n'avait pas conscience de la nature du sol qu'il pressait.

Vers les premiers jours de janvier, le malade était paralysé jusqu'à la ceinture, et il sentait que les accidents augmentaient. Les forces diminuaient chaque jour; depuis quatre mois, les facultés viriles étaient abolies chez lui; il perdait constamment ses urines, qui s'échappaient par regorgement et coulaient goutte à goutte; il ne pouvait pas, non plus, retenir les matières fécales.

M. Moissenet fit cesser le traitement antiphlogistique et prescrivit : sirop de salsepareille, 250 grammes ; iodure de potassium, 8 grammes.

On commença par une cuillerée, et, au bout de quelques jours, le malade en prit quatre. Au bout de très peu de jours, le malade accusait une amélioration considérable, il sentait revenir dans ses membres la sensibilité et le mouvement.

En février, il pouvait marcher sans bâton, ramasser une pièce de monnaie par terre, il avait des érections toutes les fois qu'il restait sur le dos, mais ses urines coulaient toujours involontairement. Nous constations que la vessie était pleine.

L'appétit était redevenu meilleur, mais il y avait toujours un peu d'incontinence des matières fécales. La sensibilité avait reparu dans les jambes ; il y avait encore quelques soubresauts, mais qui n'étaient pas assez forts pour l'empêcher de dormir.

Le malade est toujours en traitement et en voie de guérison complète ; le mouvement et la sensibilité sont bien revenus, mais la miction est toujours pénible, il retient bien cependant les matières fécales.

Il continue à prendre de l'Iodure de potassium et des bains sulfureux (1er mars 1861).

OBSERVATION VI

(Empruntée au Dr Knorre.—*Hambourg, Journal Deutsch Klinik n° 7. 1849.*

Un ouvrier en métallurgie, âgé de 20 ans, en plein exanthème papuleux consécutif à un chancre contracté quelques semaines auparavant, se trouve paralysé un matin de la moitié inférieure du corps ; il éprouvait en outre des douleurs dans le bas du rachis. Il y avait insensibilité et paralysie des sphincters de l'anus et incontinence des matières fécales. La vessie ne pouvait se vider qu'à l'aide du cathéter.

Decocté de Zittmam ; ventouses dans le dos, grande amélioration.

Guérison complète de la paralysie et des autres manifestations syphilitiques, au bout de quelques semaines, par l'iodure de mercure. Santé parfaite pendant trois ans. Il restait dans la jambe gauche un peu de faiblesse, qui fut dissipée en quelques jours par l'iodure de potassium administré à l'intérieur.

CHAPITRE II

Etiologie

La première et la plus importante des conditions étiologiques de la paraplégie dans les différentes observations ci-dessus, est la syphilis. L'action de la syphilis est directe et non contestable ; nous n'en voulons pour preuve que l'apparition simultanée des manifestations cutanées et des accidents paraplégiques et l'efficacité du traitement.

Or, si, au cours de son évolution, la syphilis détermine hâtivement des lésions de la moelle avec paraplégie, peut-on prévoir les cas, où le poison semblerait disposé à dépenser son action nocive dans la moelle ? Mauriac nous répond dans un sens assez affirmatif : « Un fait qui me frappa beaucoup, lorsque j'observais pour la première fois des cas de syphilose cérébro-spinale, ce fut la bénignité de l'accident primitif. Tous les malades ont eu un chancre infectant superficiel, qui n'a manifesté aucune tendance à l'ulcération et qui s'est guéri en quelques jours sans laisser aucune trace. Et ce que je dis du chancre

s'applique aussi aux manifestations générales de la maladie. Des éruptions érythémateuses ou papuleuses, des plaques muqueuses, tels étaient les accidents qui précédaient, accompagnaient ou suivaient les attaques de syphilose cérébro-spinale, On peut dire qu'ils ont toujours été insignifiants, eu égard à la gravité de la lésion viscérale.» (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie,* 1879, page 96.)

Aux assertions de M. Mauriac, nous opposons les faits consignés dans les observationsI et II.

Observation I. — Le malade a trois chancres indurés à cicatrisation lente, avec une induration persistante; deux mois après l'infection, il présente une éruption assez confluente d'ecthyma avec ulcérations nombreuses et profondes.

Observation II. — Le malade a deux chancres fortement indurés avec éruption de papules larges et nombreuses.

Chez les deux malades, l'état général est mauvais. Or, il y a loin du cachet de gravité spéciale de ces accidents aux manifestations bénignes signalées par M. Mauriac.

Nous insistons sur ce point, afin d'affirmer que les véroles les plus graves comme les plus bénignes sont susceptibles de déterminer des accidents du côté des centres nerveux.

Et d'ailleurs, ce n'est pas tant la violence de l'infection que sa détermination sur tel ou tel point de l'économie, qui fait la gravité de la situation du malade. Une vérole, tant forte soit-elle, n'inspirera que peu d'inquiétude, si elle borne ses ravages à la peau et aux muqueuses, tandis que la vérole la plus bénigne en apparence, en localisant son action sur le cerveau ou sur la moelle par exemple, devient particulièrement grave.

D'autre part, ne semblerait-il pas plus logique de penser que la multiplicité des chancres indurés, en ouvrant au poison plusieurs voies d'absorption à la fois, serait une cause d'infection plus forte, d'où syphilis plus grave et détermination sur les viscères, poumons, foie, reins, centres nerveux, plus probable ?

Etant donné un syphilitique de date récente, nous sommes amenés maintenant à examiner les causes capables de favoriser l'éclosion de la syphilis dans les centres nerveux, et principalement dans la portion inférieure de la moelle.

L'âge est indifférent.

Le sexe l'est moins. Nos recherches nous autorisent à penser que les accidents de paraplégie précoce sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme; l'immunité relative dont jouit la femme à l'égard de cette affection comme à l'égard de l'ataxie, doit-elle être attribuée à l'existence plus sédentaire, aux fatigues et aux excès moindres, résultant de son rang dans la société ? Nous penchons à le croire.

Les professions pénibles, les excès de toute nature, l'épuisement de l'organisme par les maladies graves, l'alcoolisme, sont mentionnés par les auteurs.

L'influence des excès vénériens est moins contestable. Le coït, en effet, pratiqué sans modération, détermine chez les sujets indemnes de syphilis, des paraplégies transitoires; *à fortiori,* devient-il une condition plus efficace de la production des mêmes accidents chez le sujet syphilitique.

Du reste, toutes ces conditions banales, que nous venons d'énumérer, restent, bien entendu, sur un plan bien inférieur à la grande cause, la *Syphilis,* sans que nous puissions indiquer ni pourquoi, ni comment elle se fixe sur la moelle.

La paraplégie précoce dans la syphilis, est-elle fréquente ? Non, elle constitue un accident rare. « La moelle, écrit *Mauriac,* échappe beaucoup plus fréquemment que le cerveau aux attaques légères ou

graves, fugaces ou persistantes, de la syphilis sur le névraxe. Il est rare de voir les myélopathies se développer pendant les premières phases de la maladie constitutionnelle. »

Statistique de *Mauriac*. — Sur 12 cas de syphilose cérébro-spinale, la moelle épinière n'a été primitivement et exclusivement frappée que chez un seul malade.

Statistique de *Julien*. — Sur 13 cas, la moelle est atteinte une fois.

Statistique de *Ladreit de Charrière*. — Deux paraplégies précoces sur 9 cas.

D'après différentes statistiques, la moelle est atteinte huit fois moins souvent que le cerveau. (Mauriac).

Nous publions ci-après deux observations de paraplégie, l'une de M. *Vulpian*, l'autre de M. *Lecorché*, que M. *Déjérine* attribue à la syphilis. (*Revue de Médecine*, du 10 janvier).

OBSERVATION VII

(*Recueillie par* M. Déjérine. — Revue de Médecine *du 10 Janvier 1884.*)

Le malade a eu un chancre induré en septembre 1878. — 2 mois de traitement mercuriel. En février 1879, quelques troubles urinaires, des douleurs fulgurantes dans les jambes, qui deviennent faibles et semblent même s'atrophier. Le sirop de Gibert amène une sensible amélioration. En octobre, le malade, après avoir passé deux nuits, exposé à la plùie et au froid, est pris tout à coup, au milieu de son travail, de paraplégie absolue, avec perte de sensibilité remontant jusqu'à l'ombilic.

Incontinence d'urine et des matières fécales.

Douleurs en ceinture, céphalalgie. Eschares légères sur les deux fesses.

On institue un traitement mercuriel et ioduré énergique, en même temps

qu'on fait de la révulsion ignée. — Sirop de Gibert, iodure de potassium, pointes de feu sur la nuque.

Bientôt des troubles trophiques se développent (eschares sur la paroi abdominale, aux talons), l'état général devient extrêmement mauvais, et le malade meurt avec de la congestion pulmonaire et de la bronchite intenses.

Le côté intéressant de l'autopsie est l'examen de la moelle, qui est altérée profondément dans la région dorsale. A ce niveau, en effet, il est facile à l'œil nu de constater l'existence d'une myélite centrale. La substance grise est très injectée, surtout dans sa partie antérieure. Les cordons antéro-latéraux sont aussi injectés.

En haut et en bas l'altération va en s'atténuant.

Au niveau de la moelle dorsale, les racines antérieures présentent à un très haut degré les altérations de la névrite parenchymateuse (état moniliforme des tubes nerveux, — segmentation de la myéline, — multiplication des noyaux, — disparition du cylindre-axe, — présence de corps granuleux dans le tissu cellulaire interstitiel.)

Rien du côté des racines postérieures. Les nerfs cutanés, pris au niveau de l'eschare de la paroi abdominale, offrent presque tous les lésions de la névrite parenchymateuse.

Les cellules nerveuses de la moelle sont représentées par de petits blocs fibreux, globuleux, opaques, noyés dans des corps granuleux et des noyaux. Les capillaires sont altérés, ainsi que la névroglie (altérations inflammatoires) et la pie-mère (infiltrée de tissu embryonnaire).

On constate une dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux de la moelle lombaire et du cordon de Goll dans la moelle cervicale.

OBSERVATION VIII

(Recueillie par M. Déjérine. — *Revue de Médecine* du 10 janvier 1884.)

Le malade qui fait le sujet de cette seconde observation est syphilitique depuis un an.

Les accidents secondaires se sont atténués rapidement quoique aucun traitement n'ait été suivi.

Tout à coup le malade ressent des douleurs sourdes le long de la colonne vertébrale. Ses membres inférieurs faiblissent, puis se paralysent (paralysie flasque), — douleurs en ceinture.

Anesthésie des membres inférieurs et de l'abdomen, pas de réflexe patelaire, — incontinence d'urine et des matières fécales.

Six jours après l'entrée du malade à l'hôpital, on voit se développer une eschare sacrée, et le surlendemain la terminaison fatale a lieu.

L'autopsie révèle une altération du renflement dorso-lombaire de la moelle (pie-mère opaque, gaînes conjonctives infiltrées au niveau des racines antérieures.)

Ces dernières offrent les altérations d'une névrite parenchymateuse à son début, au niveau seulement du renflement dorso-lombaire.

Rien du côté des racines postérieures.

La moelle, dans la moitié inférieure de la région dorsale et dans la moitié supérieure de la région lombaire, est grisâtre, altérée, friable, en bouillie sur certains points.

Les cellules sont globuleuses, troubles, pigmentées. Elles ont perdu leurs prolongements.

Beaucoup sont atrophiées complètement (altérations d'origine inflammatoire).

Les artérioles, les veinules et les capillaires sont atteints aussi des altérations du processus inflammatoire, de même que la névroglie.

La substance blanche n'est que congestionnée. C'est donc là une myélite parenchymateuse siégeant presque exclusivement dans la substance grise. Cependant la lésion s'est un peu irradiée dans la substance blanche, où on observe un foyer de myélite (dilatations vasculaires), prolifération de la névroglie, hypertiophie du cylindre — axe.

M. Déjernie fait suivre ces deux observations de quelques réflexions : « La clinique a d'abord été en concordance parfaite avec l'anatomie pathologique. Dans l'espèce, celle-ci n'a révélé que des

altérations banales du côté de la moelle; et aucun caractère spécifique ici n'a pu séparer anatomiquement ces myélopathies syphilitiques des myélopathies non syphilitiques....

Contre l'existence des myélites aiguës syphilitiques, on a argué de leur rareté. Mais la myélite aigüe est une affection rare de toutes façons. Il est certain qu'on peut la rencontrer à une période précoce de la syphilis et on ne peut nier un rapport de cause à effet entre l'infection et la localisation morbide médullaire.

La syphilis n'est évidemment pas la seule cause de la myélite aigüe. Il faut une manière d'être de l'organisme (héréditaire ou acquise). La syphilis agit comme cause déterminante. Sans nier la part active de la syphilis dans ces deux cas, il nous semble douteux qu'elle ait agi comme cause déterminante». Le malade de l'obs. VII, syphilitique depuis onze mois, reste exposé à la pluie et au froid pendant deux nuits, et immédiatement après, est pris de paraplégie absolue, avec coïncidence de congestion pulmonaire et bronchite intenses. Dans ce cas, le froid humide semble jouer le rôle principal et porte son action sur un terrain préparé par la syphilis.

D'ailleurs, dans ces deux observations, le mode de début, la marche rapide de l'affection vers une terminaison fatale, l'impuissance du traitement, enfin l'importance des désordres anatomiques, nous font penser à une myélite franchement aigüe, de préférence à une myélite spécifique.

DEUXIÈME PARTIE

Anatomie pathologique.

Les altérations anatomiques du système nerveux dans la paraplégie précoce d'origine syphilitique, sont encore ignorées.

Alors qu'il est facile, au cours de l'évolution de la syphilis tertiaire, d'assigner une cause aux troubles paralytiques qui frappent les différentes partie de l'organisme; alors qu'il est permis, en pareil cas, de soupçonner l'existence, soit d'une gomme, soit d'une ostéite, soit d'une exostose, soit d'un épaississement des méninges pour justifier la paraplégie ancienne, il n'est pas possible de songer à une semblable lésion en face de la rapidité avec laquelle la paraplégie précoce apparaît et disparaît.

La relation des autopsies dans les obs. VII et VIII ne jette pas un jour nouveau sur la question ; on a constaté les lésions banales de la myélite aigüe; or, il est à croire que la syphilis n'a joué dans la production de ces deux myélites qu'un rôle accessoire.

Lancisi, Morgagni, Astruc, plus tard Dettrich, Goldemcester, Esmarch, Stemberg, Wilks, Moxon, Broadbent, Hughlings, Jackson, ont étudié les altérations des petits vaisseaux du névraxe dans la syphilose précoce. Ces auteurs admettent l'existence de l'endartérite avec productions gommeuses amenant, par oblitération des vaisseaux, l'ischémie de certaines parties des centres nerveux.

Zeissl, en 1872, comparant la pie-mère à l'iris, se demande si l'infection virulente ne produit pas dans la mœlle des lésions analogues à celles de l'iritis précoce.

Ces auteurs ont surtout en vue l'encéphalopathie syphilitique, à qui Mauriac attribue une origine variable ; tantôt elle résulterait de troubles ischémiques consécutifs à la syphilose des artères cérébrales ; tantôt elle dépendrait de productions gommeuses ayant leur siége dans les méninges ou dans la névroglie.

En réalité, nous en sommes réduits à des hypothèses sur le siège, l'étendue, la structure et le processus des lésions organiques de la mœlle. Developpons ces hypothèses.

Pendant la période secondaire de la syphilis, il se produit du côté de la peau, des poussées congestives consistant en éruptions diverses. Ces accidents, résultant d'un trouble de vascularisation cutanée, ont pour caractère essentiel d'être résolutifs et de disparaître après un temps variable, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement. Pourquoi des troubles identiques ne se produiraient-ils pas à la même époque et sous la même influence du côte de la moelle, puisque, dès le début, et *Mauriac* l'affirme hautement, l'infection est générale ?

Ladreit de Lacharrière, dans sa thèse sur les paralysies syphilitiques, écrit quelque chose d'analogue : « Les modifications du système nerveux sont inappréciables dans un grand nombre de cas, où ils avaient produit la paralysie. Cela est si vrai, qu'en considérant la rapidité avec laquelle certaines paralysies sont survenues et ont disparu pour revenir encore, on serait tenté d'invoquer une modification simplement dynamique.». (Thèse de Paris, 1861).

Il est assez logique d'admettre, en effet, que les vaisseaux capillaires de la moelle subissent l'infiltration néoplasique et consécutivement soient atteints d'endartérite. L'histologie pathologique nous apprend que les syphilides résolutives se produisent en vertu de ce mécanisme. La moelle est altérée au même titre, et la conséquence obligée est un trouble de vascularisation amenant les phénomènes passagers de paraplégie précoce.

Poussons plus loin l'analogie. Les lésions de l'iritis précoce sont franchement résolutives. L'examen ne révèle pas de gommes. Eh bien ! il y a probablement de la myélite, comme il y a de l'iritis. Nous nous appuyons pour formuler cette opinion sur l'autorité d'un grand savant Zeissl.

D'autre part, les douleurs ostéocopes des premiers temps de l'infection syphilitique se rattachent à l'inflammation du tissu lymphoïde qui constitue la couche interne du périoste. Ce tissu, si abondant dans le système osseux, est également répandu dans la moelle épinière et ses enveloppes, où il forme un réseau à mailles irrégulières. Est-il à l'abri de l'inflammation spécifique signalée dans le tissu lymphoïde du périoste ? Nous ne le croyons pas et nous citons, à l'appui de notre hypothèse, le passage suivant de la thèse de M. Julliard, Lyon 1875 :

« Le processus morbide offre une topographie, que, d'accord avec M. Pierret, nous considérons comme spéciale aux lésions syphilitiques. Il occupe le grand système lymphatique représenté dans le canal rachidien par les méninges, la névroglie et la gaîne adventice des vaisseaux. La conséquence obligée, qui résulte de cette conception, c'est la diffusion des lésions et l'absence de toute systématisation exacte. » La vérole a une affinité toute particulière pour le tissu lymphoïde; si elle distribue avec libéralité ses faveurs au système osseux, le tissu lymphoïde de la moelle, bien que plus rarement lésé,

ne jouit pas non plus d'une immunité absolue à l'endroit de la diathèse.

Pour nous résumer, nous croyons devoir rattacher les accidents de paraplégie précoce dans la syphilis à deux ordres de lésions ;

1° Endartérite des petits vaisseaux et troubles vasculaires consécutifs ;

2° Inflammation passagère du tissu lymphoïde.

TROISIÈME PARTIE

Symptomatologie

Les symptômes de la myélite syphilitique précoce se rencontrent à peu près dans toutes les myélopathies ; mais dans la syphilis, ils perdent leur physionomie classique et présentent une allure insolite caractéristique de l'affection. C'est l'opinion d'un maître, M. Fournier: « Il n'est pas de maladies dans lesquelles on rencontre à ce degré ces combinaisons insolites de symptômes qui hurlent côte à côte, qui répugnent à se trouver en compagnie. La syphilis seule peut réaliser cette association. » (Syphilis médullaire. Leçons inédites).

La diffusion des symptômes, l'inégalité des troubles moteurs et sensitifs, l'association disparate des phénomènes nerveux caractérisent la paraplégie précoce syphilitique.

Un syphilitique de date récente, en pleine période secondaire, éprouve subitement un malaise général, il ne mange pas, il est

anémié, puis il ressent le long du rachis des douleurs vagues, mal déterminées avec irradiations dans les membres inférieurs.

En même temps, il éprouve des fourmillements dans les extrémités Une lassitude extrême l'accable et un affaiblissement progressif rend la marche de plus en plus laborieuse. En moins de 24 heures, souvent, l'affaiblissement devient tel que le malade est obligé de garder le lit.

Tous ces troubles paralytiques, bien qu'accompagnés d'un état général mauvais, se produisent sans réaction considérable du côté de l'économie. Le mouvement fébrile est insignifiant; il n'est même pas noté dans nos observations. Après un temps variable, les troubles moteurs et sensitifs disparaissent. Quelquefois ils reviennent, ainsi qu'il est relaté dans les obs. I et III.

Tel est, en quelques mots, le tableau de l'affection. Nous allons étudier maintenant avec plus de détails ces différents symptômes.

Souvent, à son début, la paraplégie est précédée et accompagnée d'une poussée de syphilides vers la peau. L'observation I est la plus remarquable à ce titre. Le malade présente, le 10 octobre 1872, une éruption assez confluente d'ecthyma ; le 15, il est paraplégique. Guérison de l'éruption et disparition de la paraplégie. Le 22 décembre de la même année, nouvelle poussée d'ecthyma et récidive de la paraplégie.

Dans l'obs. II, apparition de syphilides papuleuses et, quelques jours après, la paraplégie s'établit.

Tantôt l'affection est relativement brusque et, en moins de 24 heures, les différents phénomènes atteignent leur maximum. Souvent aussi, elle s'établit lentement, progressivement, irrégulièrement.

La paralysie frappe les membres inférieurs, la vessie et le rectum. La paraplégie *flasque* est rare, elle existe dans les observations VII et VIII, mais ces observations ne sont pas concluantes.

Plus ordinairement elle est incomplète et les troubles moteurs, s'ils sont généralisés, sont atténués. Ainsi le malade, quoiqu'étant dans

l'impossibilité de marcher, peut, dans certains cas, exécuter péniblement quelques mouvements dans son lit.

Les troubles moteurs s'accentuent dans certains points et la paralysie est irrégulière, (Obs. II, III, IV et V). Tantôt elle débute par la jambe gauche, tantôt par la droite, tantôt elle est égale des deux côtés, tantôt elle est plus accentuée à droite qu'à gauche et *vice versa*. La paralysie des sphincters est un symptôme à peu près constant. La vessie se vide par regorgement ; du coté du rectum, constipation opiniâtre et évacuation involontaire des matières fécales. Cependant, dans l'obs. I, rien à signaler d'anormal du côté du rectum.

Les muscles conservent leur volume normal ; ils ne subissent que peu ou pas d'atrophie. La contractilité électrique est conservée, quelquefois diminuée. (Obs. IV et V).

Les fonctions génésiques sont abolies (Obs. IV et V).

Les douleurs prodromiques ne sont nullement caractéristiques de la paraplégie. Dans nos observations, les douleurs en ceinture ne sont pas signalées. Les douleurs le long du rachis sont vagues, souvent elles s'irradient vers les cuisses et prennent le caractère de douleurs fulgurantes (Obs. III). L'exploration de la colonne vertébrale ne révèle aucun point douloureux à la pression.

Les troubles de la sensibilité apparaissent en même temps que les troubles moteurs. Ils sont constants, mais ils présentent une intensité variable.

Observation I. — La sensibilité est fortement émoussée des deux côtés.

Observation II. — Sensibilité presque intacte à droite, très affaiblie à gauche.

Observation III. — Diminution des réflexes, troubles de la sensibilité.

Observation IV. — Sensibilité modifiée, un peu diminuée, il semble au malade qu'il marche sur du coton. Abolition des fonctions génésiques.

Observation V. — Sensibilité affaiblie sur les deux jambes, surtout sur le mollet gauche. Anesthésie complète des pieds et des orteils.

La diffusion de ces troubles, l'irrégularité de leur distribution, l'intensité variable des phénomènes morbides affirment de plus en plus la non systématisation des lésions.

Les troubles trophiques sont nuls ou peu accentués.

Enfin, cette marche entrecoupée de phases d'amélioration et de recrudescence, ce type rémittent, cette disparition absolue avec explosion nouvelle à courte échéance des mêmes symptômes (Obs. I et III) constituent un caractère excellent à ajouter à ceux tirés de la physionomie générale des symptômes.

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement

Le diagnostic d'une paraplégie précoce d'origine syphilitique est généralement facile.

La concordance de dates entre les manifestations cutanées et les lésions internes indique une communauté de nature et d'origine. Les observations I et II en sont un exemple remarquable. Il arrive cependant que les éruptions cutanées ont disparu et qu'aucun indice n'éclaire nos investigations ; dans ce cas, il faut interroger avec soin le passé du malade et rechercher dans les différentes parties du corps les signes de syphilis récente. Puis la paraplégie, avec son complexus symptomatique diffus, paralysie irrégulièrement distribuée, sensibilité affolée, exagérée ou diminuée, donne une idée assez nette de la nature de la paraplégie. Enfin, la grande facilité avec laquelle l'affection disparaît momentanément pour reparaître au bout d'un temps variable, vient encore confirmer le diagnostic.

Ce dernier devient véritablement délicat lorsque la diathèse syphi-

litique vient se greffer sur une diathèse préexistante, la diathèse rhumatismale, par exemple. L'infection de l'organisme par la syphilis, en réveillant la diathèse latente, donne lieu parfois à des accidents rhumatismaux du côté des centres nerveux. Dans ce cas, on préconisera d'abord le traitement classique du rhumatisme. S'il est impuissant, il est possible d'obtenir des guérisons merveilleuses par le traitement spécifique qui, dans ces cas, vient affirmer hautement la spécificité de la paraplégie. Dans les différentes circonstances où le diagnostic repose sur des données incertaines, il est sage de faire subir à l'affection la sanction du traitement.

« Les individus atteints de syphilis précoce des centres nerveux ne guérissent presque jamais » (Mauriac). Nous ne savons, en réalité, pourquoi cet auteur assombrit à plaisir le pronostic des affections syphilitiques des centres nerveux ; les douze observations que nous avons lues avec attention dans l'excellent traité de *Gros et Lancereaux*, proclament l'efficacité incontestable du traitement spécifique et la guérison de douze syphilitiques atteints de paraplégie. D'autre part, les observations fort nettes que nous avons pu recueillir prouvent surabondamment la bénignité relative de la paraplégie précoce.

De toutes les affections de même nature, la paraplégie syphilitique précoce peut-être considérée comme la moins grave. Elle cède rapidement et d'une façon radicale à l'action du traitement.

Cependant, il faut faire ici une réserve importante. Dans ces derniers temps, Fournier s'est préoccupé à juste titre des symptômes rares de l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. « Des accidents » de parésie et de paralysie musculaire peuvent affecter les membres « inférieurs au cours de la période prœataxique. Ce fait sur lequel » M. Fournier a déjà appelé l'attention n'a été jusqu'ici que peu » remarqué.

» Sans parler des parésies transitoires, il est des cas (M. Fournier » en possède huit observations) où l'ataxie a pour prélude la para- » plégie véritable. Il existe donc un tabès à début paraplégique,

» d'ailleurs variable dans ses allures. Une paraplégie se manifeste » chez un syphilitique, elle guérit sous l'influence du traitement » pour récidiver parfois au bout de quelques mois ; ou bien elle dis- » paraît et les symptômes d'ataxie ne se manifestent qu'ultérieure- » ment ; ou encore elle ne disparaît qu'incomplètement et l'ataxie » évoluant au cours des symptômes paraplégiques, constitue un pre- » mier mode de ce que M. Fournier a appelé l'ataxo-paraplégie de » la syphilis. Dans un second mode plus exceptionnel, les symptô- » mes d'ataxie et de paraplégie se manifestent d'une façon à peu près » contemporaine.» (*Annales de dermatologie et de syphilographie*, 1885.)

L'Observation III, empruntée à M. Fournier, est un remarquable exemple de paralysie prœataxique récidivante. Certes, ces phénomènes si importants, sur lesquels M. Fournier appelle notre attention, sont de nature à nous rendre plus circonspects et à nous faire réserver notre pronostic. La paraplégie précoce syphilitique, si légère qu'elle soit, n'est donc grave, qu'en temps qu'elle constitue un symptôme prœataxique, et dans ce cas surtout, sollicite tous les soins du praticien.

A plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de parler de l'efficacité de la médication spécifique dans le traitement de la paraplégie. Cette efficacité, nous l'avons constatée maintes fois dans le traitement d'accidents similaires, l'iritis précoce entre autres, dans la pratique de l'hôpital Saint-Jean, où notre maître experimenté, M. le Dr Vénot, use de cette précieuse thérapeutique avec autant de discrétion que d'à-propos.

Si les manifestations cutanées n'inspirant pas une crainte immédiate, peuvent ne pas exiger une intervention active, en tant que ne compromettant pas les fonctions d'un organe important, la localisation de la syphilis sur la moelle, réclame impérieusement une médication prompte et énergique.

C'est au mercure et à l'iodure de potassium qui, remarquons-le, auront d'autant plus d'action, que l'organisme en sera moins saturé

par un traitement antérieur trop actif et trop prolongé; c'est, disons-nous, à ces médicaments héroïques, que l'on doit s'adresser avec une énergie absolue.

L'expérience a prouvé que le mercure appliqué en frictions est rapidement absorbé et possède une action prompte et certaine. Donc les frictions mercurielles le long du rachis et de la face interne des cuisses et l'iodure de potassium à haute dose à l'intérieur (5 grammes par jour) sont les médicaments tout indiqués. Nous conseillons comme adjuvant à cette médication les purgatifs, les bains sulfureux et quelques frictions sèches sur les membres.

Nous ne croyons pas devoir nous étendre davantage sur l'application du traitement, dont la véritable qualité, dans ce cas, est d'être très-énergique.

CONCLUSIONS

Des considérations développées dans ce travail, nous tirons les conclusions suivantes :

1° A une époque rapprochée de l'accident primitif, la syphilis peut localiser son action sur la partie inférieure de la moelle épinière.

2° Les altérations anatomiques de la moelle dans la paraplégie précoce, encore aujourdhui presque ignorées, peuvent se rattacher au mode résolutif.

3° La paraplégie précoce récidive et constitue parfois un symptôme prœataxique.

4° Le traitement spécifique doit être rigoureusement appliqué.

Vu bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr PICOT.

Vu : *Le Doyen,*
Dr A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, 1er juin 1887.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

Bordeaux.— Imp. du Centre, 30, place Pey-Berland.